

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO
SUR

LEGISLADORES

Nº 342

PERÍODO LEGISLATIVO

1995

EXTRACTO **BLOQUE FRE.JU.VI** - Proyecto de Ley otorgando una Pensión
graciable al señor Héctor José Fhur.

Entró en la Sesión 19/10/1995

Girado a la Comisión 5 y 2 Ley Sancionada 09/11/95 - Ley Nº 260 Dto. Nº 2110/95.
Nº:

Orden del día Nº: _____



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR**

SANCIONA CON FUERZA DE LEY

Artículo 1º.- Otórgase una pensión, hasta tanto cese su presente discapacidad transitoria, al señor Héctor José FHUR, DNI Nº 17.291.677, con domicilio en la calle Provincia Grande Nº 2.686 de la ciudad de Ushuaia.

Artículo 2º.- El importe de la pensión a que se refiere el artículo 1º de la presente, será equivalente al monto total de una pensión Categoría 10 de la Administración Pública Provincial, que perciban los pensionados amparados por la Ley Territorial Nº 244 y se modificará toda vez que lo sea para la referida Administración.

Artículo 3º.- El beneficio de la presente Ley gozará de las mismas coberturas sociales, y en las mismas condiciones que les son brindadas a los agentes de la Administración Pública Provincial.

Artículo 4º.- La pensión concedida por el artículo 1º, regirá a partir de la promulgación de la presente Ley.

Artículo 5º.- El gasto que demande el cumplimiento de la presente, será imputado a las partidas presupuestarias correspondientes.

Artículo 6º.- Para el supuesto de que el destinatario de la presente Ley, tenga otorgado en su favor otro beneficio similar o análogo, deberá acreditar haber renunciado a éste para poder usufructuar del presente.

Artículo 7º.- El Poder Ejecutivo Provincial arbitrará, a través de los organismos competentes, los medios necesarios para el seguimiento del beneficiario.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo Provincial.



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Frente Justicialista Para la Victoria

USHUAIA, 6 DE OCTUBRE DE 1995

Señor
Subsecretario de Accion Social
Don JUAN CARLOS SOLDADO
S...../.....D

Me dirijo a Ud. a efectos de solicitar que por su digno intermedio se recaben antecedentes socio-ambientales del Sr. HECTOR JOSE FUHR, D.N.I N° 17.291.677, con domicilio en calle Provincia Grande N° 2686, de la ciudad de Ushuaia.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludarlo con atenta consideración.-

base a Promoción Comunitaria a fin de tomar intervención.

Oscar Bianciotto
OSCAR BIANCIOTTO
PRESIDENTE
BLOQUE FRE. J.VI.

Juan Carlos Soldado
JUAN CARLOS SOLDADO
Subsecretario Accion Social

G. T. F.	
Subsecretaría de Acción Social	
ENTRO 2:40	SALIDA 9 OCT 1995

G. T. F.	
Subsecretaría de Acción Social	
ENTRO	SALIDA 9 OCT 1995

3^{er} Edad y Discapacidad
 cumplimiento de requisitos

Unidad de Promoción Comunitaria, Tercera Edad y Discapacidad,
 UCHUAI, 11 OCT 1995

Griseida Stoppolo
 GRISEIDA STOPPOLO
 Directora de Promoción
 Comunitaria, Tercera Edad
 y Discapacidad (Zona Sur)



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
Subsecretaría de Acción Social
Dirección de Promoción Comunitaria
Tercera Edad y Discapacidad

NOTA NE 537 /95.-
LETRA: DGAS (FCTEYD) tevd.-

USHUAIA: 25 OCT 1995

SEÑORA DIRECTORA DE PROMOCION COMUNITARIA
TERCERA EDAD Y DISCAPACIDAD.

S. _____ D.

Elevo adjunto, documentación y Encuesta
Socioeconómico Ambiental del señor: Hector José FUHR,
solicitada por el Poder Legislativo del Bloque Justicialista,
para que se dé curso a lo requerido.

Boullier
MARIA RAFAEL BLANCA
Jefe Depto. de Tercera Edad y
Discapacidad Zona Sur
Subsecretaría Acción Social

Cof. Nota Nº 537/95.-DGAS.-
(FCTEYD) tevd.-
3/Informe socio-ambiental
FUHR, Hector José.-
VI: Nº/67/95-DGAS-(FCTEYD).-

USHUAIA, 26 OCT 1995

SEÑOR SUBSECRETARIO DE ACCION SOCIAL:

Elevo la presente a efectos de tener conocimiento, y
posteriormente ser remitida al Poder Legislativo del Bloque del
FRV.JU.VI., en respuesta a los solicitado en nota cabeza.-

S. A. S.
DPTEYD
E. C. S.

Griseida Stroppolo
GRISEIDA STROPPOLO
Directora de Promoción
Comunitaria, Tercera Edad
y Discapacidad (Zona Sur)

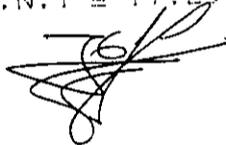
USHUAIA, 02 de octubre de 1995.

Señor
Leg. OSCAR BIANCIOTTO
S. / D.

Por la presente me dirijo a Usted con el objeto de solicitarle tenga a bien gestionar una pensión graciable debido a que me encuentro con discapacidad transitoria como consecuencia de los hechos ocurridos en Semana Santa (herida de bala en femur de la pierna izquierda), razón por la cual me encuentro imposibilitado de ejercer ningún tipo de tareas, según lo indica la documentación que se adjunta.

Sin otro particular y esperando una respuesta favorable saludo atentamente.

HECTOR JOSE FUHR
D.N.I. 17.291.677



18-4-95 077, Pde Santa Fe. Fecha posesión T. de 20-8-95-

19/4-95 075. Pde Santa Fe. se o por por 4/95

20/4/ de Bando //

LEDA ESTER OJEDA
FUNDADA DEL SERVICIO
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DUPLICADO

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad expedido por el Registro Nacional de las Personas será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671

Todas las personas de existencia visible, o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el cambio de domicilio dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

F U R N
Nombres

Nº 17.291677

Sexo: VARON | MILLER D. M.

Fecha (o que no corresponda)



ISABEL Z. G. AVILA



Índice del dígito derecho



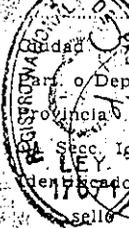
Firma del interesado

DUPLICADO

Nacido/a el 28 de Junio
de 1965 en Esquel
Part. o Depto. Quilmes
Provincia Buenos Aires
Nación Argentina
C. I. N°
Expedida por

DOMICILIO

Calle Tronera Grande
Nº 2686
Ciudad Esquel
Part. o Depto.
Provincia Chubut del Fuero
Secc. Identif. A P
Expedido el día 20/7/81



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el de
de 19
Certificado de ciudadanía expedido por el
Juzgado
Secretaría N°

sello

Firma

DATOS DE ESTADO CIVIL

Nacimiento inscripto oficina Registro Civil.
de Quilmes

Sección

Provincia Buenos Aires

Año Acta N° 344

Tomo Folio



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

Matrimonio inscripto en la oficina Registro

Civil de

Sección

Provincia

Nombre y Apellido cónyuge

Año Acta

Tomo Folio

sello

Firma Jefe Of. Secc.

N y A FUHR, HECTOR

12/4/95. Pte que ingreso por guardia presentando
do profundo herido de armas de fuego
en cara posterior interna de miembro izq
con deformidad en rotación externa
por ser del miembro lo. Se realizaron
Rx con ténica de fractura comu-
nito de 1/3 medio de fémur izq
sin compromiso vascular ni hno
Se realizó Tracción TAT con 9kg.
ATT, ATB. Tri tete de heridas
Analgesicos.

[Signature]

13-4-95 BEE, Afe bil, sin lola Toler Tracción

14-4-95 OYT. BEE. Afe bil, sin lola Toler tracción
Conserva efi.

[Signature]

15-4-95 OYT. BEE. Continúa Afe bil. Sin lola

Se crujó tracción Conserva efi

[Signature]

16-4-95 OYT BEE. Afe bil. Sin lola Toler

Tracción Conserva efi.

[Signature]

17-4-95 OYT. Buen Toler tracción Silento Pica

e IC/ con hmetesis. Suspendo PHP, ATB.

[Signature]

18-4-95 OYT. Paciente San. Toda por boca T. de 20-4-95-

19/4-95 OYT. Pte Seán se o por por/4/95

20/4/ O Rendó //

1/4/95 = Pte. dolorido - bien, afebril - Iguales indicaciones
in a m. h. g. p. s.

2/4/95 = Bien, afebril, cede dolor parcialmente, afebril
haber dormido mejor - se leticia hemorroides
mejor

3/4/95 = Nuevo dolorido, ~~mejor~~ 156 - afebril ~~mejor~~

4/4 = Pte. dolorido - comp. p. n. b. s. s. - 1000
decalcificación

5/4 = Pte. dolorido mejor

26/4 = Nuevo dolorido punto de alto hospitalario
cont. C. E. T. S.

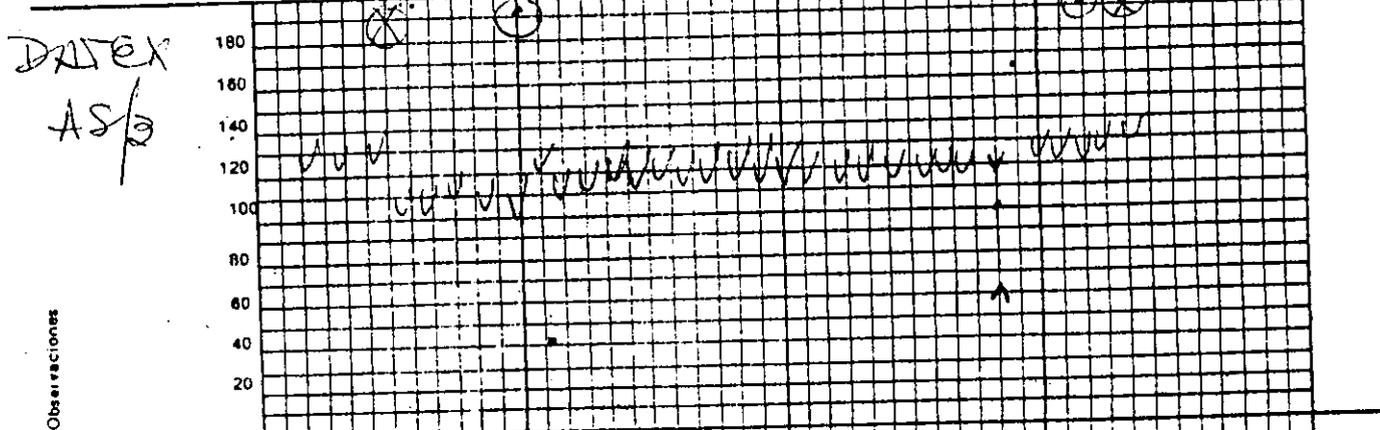
Apellido FUJER HECTOR M 580 Habit. _____ Cama _____
 Edad 29 Diagnóstico fract. femur de b. Resp. Frecuencia _____ Tipo _____
 Peso 76 Oper. Propuesta osteosintesis f. femur de b. Pulso _____
 Talla _____ Diag. operatorio _____ T. Arterial { Habitual / Actual /

Sup. corpor. _____
 Cirujano Dr. Gonzalez Brown Ayudante Dr. Montenegro Tiempo Operación _____
 Anestesiista Dr. Rebello Auxiliar St Navarrete Anestesia _____
 Urgencia No Si Motivo _____ Posición _____
 Complic. preoperatoria: Sublizec

Prmedicación No Si hora _____ Droga y dosis 4 ANI 0,8mg via adminis. _____
 Cuadro operatorio Clase Anestesia Operación T. Arterial pulso respiración P.V.C.

INDUCCION (ANESTESICOS RELAJANTES) TPS 375mg MANTENIMIENTO (ANESTESICOS RELAJANTES) ENF. O₂ y N₂O
Sublizec 100mg

S. C.	
D. T. C.	
Gallamina	
Halot Metox	
Eter.	
Nº 0	



Observaciones

Soluciones	Dextrosa 5-10 %	
	Fisiologica	
	Sangre	
	CEFACTAP	
Otros	SUBLI	
	ANEXAF	
	RAYX	

Analgesia _____
 Zona de inyección _____ Cateter si no
 Agente anestésico _____
 Cantidad inyectada _____ cc a las _____ hs.
 Reinyecciones 1º _____ cc a las _____ hs.
 2º _____ cc a las _____ hs.
 3º _____ cc a las _____ hs.
 4º _____ cc a las _____ hs.
 5º _____ cc a las _____ hs.
 Resultado _____
 Anestesia, inhalatoria Endovenosa Intram.
 Intub. Traqueal: No Si Tubo No Asistido No
 Respiración { Espontanea Controlada Manual Mecanica Aparato NU91C
 Sistema { Sin reinhalación Con reinhalación { parcial Total

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico-operatorio

Reflejo corneal	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Depresión circulatoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1-2-3- Shock	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
sensibilidad dolorosa	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Depresión respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Curatizado	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Obedece ordenes	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Obstrucción Respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Canula Faringea	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Conversa	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Aspiración secreciones faringeeas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Traqueales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
		Vomitor No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Mucosos <input type="checkbox"/> Biliosos <input type="checkbox"/>	Alimenticios <input type="checkbox"/>	Fecaloideas <input type="checkbox"/>

Pasa a recuperación a las 15:30 Hs. en condiciones satisfactorias Si No
 Firma Rebello

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
 LICIA ESTERILIZADA
 HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

X

Zona 4-95 = OVI

Podete de curato dorsal
de la zona de anti-reprie de piel con faldas.

Tuccion piel y T.C con sistema (reg. externa, y 1/3 dorsal
y medio meso EBA

Forada lato - resaca ley, el piel en resaca (poro estero.
Se admulsiere ley. llegando a mantenerse proctenosis
Se realiza lavado de defecacion
seprodo de resto de heces y fragmentos de
se identifica y 40 fragmentos -

Medio de lavado se logra deducir fijando con darios.
con 2 tornillos control se fija a cada fragmento (D. 1/4 y parval)
Se presenta placencia - Reduccion aceptable -
se fija con tornillos - Dario se ospluete
Cierre x plan - cura 40-50 piel d 60



15-5-95 = II: Control Post op deo ff Recam 808
Herido OK medico T.J.L. licentado
Actuacion de la flexion de codo 808

~~FRANCISCOL GONZALEZ RODRIGUEZ~~
~~Médico M. P. 15413~~
~~Traumatología y Ortopedia~~
~~Hospital Regional Ushuaia~~

23/5/95 = Control Rx de la fclm: Placa y tornillos in situ.
unión ósea posterior (bello periosteal).
Herida curada.

~~Francisco Montegrasso~~
~~MEDICO CIRUJANO~~
~~M.N. 80265 M.P. 4829 (MZA)~~
~~TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia~~
~~Hospital Regional Ushuaia~~

16-6-95 le control fclm de codo - (pncipal)
falto flexion codo - se envia T.J.L. x 15

~~FRANCISCOL GONZALEZ RODRIGUEZ~~
~~Médico M. P. 15413~~
~~Traumatología y Ortopedia~~
~~Hospital Regional Ushuaia~~

21-6-95 Kinesiólogo: inicio de con R.T. - union ósea
persistente en bclm superior, que para to iru-
por todo la curacion, ejercicios de cuadriceps.

LIDIA ESTER OJEDA
GENERALISTA
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

LIDIA ESTER OJEDA
GENERALISTA
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

”

”



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"Gov. Ernesto Campos"
Servicio de Anatomía Patológica y Citología

17.291.677.

X

INFORME HISTOPATOLOGICO

Ushuaia, 8 de Mayo de 1995.-

Apellido y Nombre : Fuhr, Hector

H.C. N° : 31.009

Médico remitente : Dr. Gonzalez

Protocolo N° : 95-8809

Material enviado : Cuerpo extraño

Varios fragmentos irregulares marrón rojizos, friables el mayor de 1 cm.-

Diagnóstico : Colección hemática que incluye fragmentos de tejido muscular estriado y fibroediposo, con pequeñas partículas de material amorfo calcificado.-

Dr. ROSA A. TAMAMANI
M. N. 60461
Médica
Hospital Regional Ushuaia

ES COPIA DEL DEL O...



X

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"GOB. ERNESTO M. CAMPOS"

HOJA DE EVOLUCIÓN

Apellido y nombres FUHR HECTOR		H.C. Nº
Servicio OT	Sala	Cama Nº
8-8-95. Se practica movilización bajo anestesia de rodillo 125. Logran con la flexión completa inmediatamente, con la extensión. Se observó hiesto en forma transversal de 2 cm de ancho justo por encima del polo superior de la articulación. Se realizó vendaje de pués y se indicó hielo continuo + M.I. elevada.		
Ruptura tendón cuadricepsital?		
9/8/95 OYT. Se realizó vendaje de pués, se puede hacer pasados 5 en la noche. Buen hielos, T° + 36. Se practica movilización por rodillo de rodillo flexión de 90° se flexión. Indica vendaje de rodillo + M.I. elevada. Se indica el ejercicio de polo superior de articulación, T° cuadricepsital. Se indica vendaje elástico. Continúa con hielo + M.I. elevada.		
10/8/95 Kinesioterapia		
Se realiza P.T. de fortalecimiento, (Kinesioterapia pasiva, Activa, pasiva de pués. Dolor, No. Hieda a 70° de flexión. Activa de V. V. Dorsal del pués)		
40/8/95 OYT 300g. Dolor. Continuó vendaje		

RUTH WYKANSKI
LIC. EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA
MIN. 2112
JEFA DEL SERVICIO DE KINESIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

X

Kinesiología = Colectivo Rehabilitación
14-08-95
litacear el en
plano indiferent
DL)
pro. ref. re
muelo do br.

RUTH M. TYRANSKI
LIC. EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA
M.N. 2112
JEFA DEL SERVICIO DE KINESIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL ORUVALA

11/8/95. OYT. Muevo do br. No. de lo un. (Lematizac
Comenzo el movimiento voluntario (actos) de
a unos do br. Posible inflexion a la estension
No se realizo el proprio elctrodo por ausencia por
enfermedad de Colón.

12/8/95 y 13/8/95 Sin cambios, repro. ~~8/8/95~~

14/8/95 = Psicoesología Colectivo Ejerc.
Isométrico etc. Cua de cepes
& inflamación

18/8/95. Bm. Muevo de uno. Resto =

RUTH M. TYRANSKI
LIC. EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA
M.N. 2112
JEFA DEL SERVICIO DE KINESIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL ORUVALA

Psicoesología : Colectivo Rehab.
15/08/95
Ejerc. promedico de Cua de
ceps -

RUTH M. TYRANSKI
LIC. EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA
M.N. 2112
JEFA DEL SERVICIO DE KINESIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL ORUVALA

20/8/95 OYT. Hg de un do br. cognific
Se espere un poco. Contro de
Kinesiólogo

RUTH M. TYRANSKI
LIC. EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA
M.N. 2112
JEFA DEL SERVICIO DE KINESIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL ORUVALA

Psicoesología 16/08/95 = Colectivo Rehab.



HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"GOB. ERNESTO M. CAMPOS"

X

HOJA DE _____

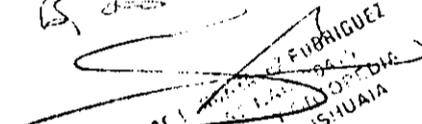
Apellido y nombres FUHR HECTOR		H.C. Nº
Servicio OyT	Sala 3	Cama Nº 2
16/8/95. BEG Continúa Kinesis. Informe ecográfico en demencia de T. cródicifetal propio y proceso cródicifetal suprarotuloso Adfunte copia de informe. JM		
17/8/95 Continúa Kinesis. Sigue y continúa con funcional a la rotulosa. JM		
18/8/95 OyT. Continúa igual sin rotulosa de plenteo la posibilidad de a plenteo de gas pese a ecografía realizada. JM		
19-8-95 OyT Sin variaciones clínicas. JM		
20-8-95 OyT Sin cambios clínicos Limpia para modo para el 24.8. JM		
21-8-95 Se insiste en afección de 17.8 con rotulosa y plenteo.		
22-8- Se revaloró unido con suprarotulosa el 21.8		
23-8-95 Se revaloró unido con suprarotulosa el 22.8		
24-8-95 - Se revaloró unido con suprarotulosa el 23.8		

X

25/8) Pte que refare enmendador - doblillo cardenas
Tlesin 45° - suador - se indio. 5/16.



25/8. Alto Hospedero 65 Joo



FRANCISCO FERRIGUEZ
MELI...
TRA...
HO... TECNICAL JSHUATA

Apellido Fuhr M F M Piso _____ Habit. _____ Cama _____
 Edad _____ Resp. Frecuencia _____
 Peso _____ Tipo _____
 Talla _____ Pulso _____
 T. Arterial { Habitual / Actual / }

Diagnostico Monitoreo h. 125
 Oper. Propuesta _____
 Diag. operatorio _____
 Oper realizada _____

Sup corpor. _____
 Cirujano Dr. Brown Montenegro Ayudante Dr. _____
 Anestesiista Dr. Labella Auxiliar _____
 Urgencia No Si Motivo _____
 Complic. preoperatoria: _____
 Tiempo Operación _____
 Anestesia _____
 Posición _____
 Riesgo Op. Grado 1
 Grado 2
 Grado 3
 Grado 4
 Grado 5

Premedicación No Si hora _____
 Drogas y dosis Atropina 1 mg via adminis. _____
 Cuadro operatorio Clave X Anestesia Operación T. Arterial Pulso Respiración P.V.C.

ANESTESICOS RELAJANTES	MANTENIMIENTO (ANESTESICOS RELAJANTES)											
	10 15 30 45				15 30 45				15 30 45			
S. C.												
D. T. C.												
Gallamina												
Halot Metox												
Eter.												
N ^o O												

OXIMETRIA
52-50

Observaciones	10 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45																			

Soluciones Dextrosa 5-10%
 Fisiologica
 Sangre

Otras Drogas

Analgesia _____
 Zona de inyección _____
 Agente anestésico _____
 Cantidad inyectada _____ cc a las _____ hs.
 Reinyecciones 19 _____ cc a las _____ hs.
 29 _____ cc a las _____ hs.
 39 _____ cc a las _____ hs.
 49 _____ cc a las _____ hs.
 59 _____ cc a las _____ hs.

Cateter si _____ no _____
 Dosis total _____ cc
 Resultado _____

Anestesia Inhalatoria
 Intub. Traqueal No Si
 Respiración { Espontanea Controlada }
 Sistema { Sin reinhalación Con reinhalación }
 Endovenosa Tubo N° _____
 Asistida Manual Mecanica
 Intram. Mango No
 Aparato { parcial Total }

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico-operatorio

Reflejo corneal	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Depresión circulatoria	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	1-2-3- Shock	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Sensibilidad dolorosa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Depresión respiratoria	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Curatizado	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Obedece ordenes	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Ostrucción Respiratoria	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Canula Faringea	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Conversa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Aspiración secreciones faringicas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Traqueales	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
		Vómitos No <input checked="" type="radio"/>	Mucosos <input type="radio"/> Biliosos <input type="radio"/>	Alimenticios <input type="radio"/>	Fecales <input type="radio"/>

Pasa a recuperación a las 10:15 hs. en condiciones satisfactorias Si No

Vº Bº _____
 Firma Labella

LIDA ESTERIL QUEDA
 ANTES DE USAR
 HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

ES UNA COPIA DEL ORIGINAL.

”

”

FICHA ANESTESICA

Apellido Fulve Acosta M F M Piso 1 Habit. 1 Cama 1
 Edad 30 Diagnóstico Monitoreo sup. no A Resp. Frecuencia 1
 Peso Oper. Propuesta Pulso
 Talla Diag. operatorio T. Arterial { Habitual 1
 Oper. realizada Actual 1

Sup. corpor.
 Cirujano Dr. Ayudante Dr. Montepinoso Tiempo Operación Riesgo Op. Grado 1 0
 Anestesta Dr. Hay. Ceballos Auxiliar Anestesia Grado 2 0
 Urgencia No Si Motivo Posición Grado 3 0
 Complic. preoperatoria: Grado 4 0
 Grado 5 0

Premedicación No Si hora Droga y dosis Fenta 100 via adminis.

Cuadro operatorio Clase X Anestesia Operación T. Arterial pulso respiración P.V.C.

INDUCCION	ANESTESICOS RELAJANTES	<u> </u>	MANTENIMIENTO	ANESTESICOS RELAJANTES	<u> </u>
-----------	------------------------	-----------------------------	---------------	------------------------	-----------------------------

Anestésicos Metel.	S. C.	
	D. T. C.	
	Gallamina	
	Habit Metox	
	Eter.	
Nº 0		

Observaciones	<u> </u>
Soluciones	<u> </u>
Otras drogas	<u> </u>

Analgesia Anestesia Inhalatoria Endovenosa Intram.
 Zona de inyección Intub. Traqueal Si Tubo Nº Mango
 Agente anestésico Espontánea Controlada Manual Mecánica Aparato
 Cantidad inyectada Sistema { Sin reinalación Con reinalación { parcial Total

Estado del paciente al finalizar el acto anestésico-operatorio

Reflejo corneal	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Depresión circulatoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1-2-3- Shock	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
sensibilidad dolorosa	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Depresión respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Curalizado	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Obedece ordenes	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Obstrucción Respiratoria	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Canula Faringea	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Conversa	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aspiración secreciones faringeeas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Traqueales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
		Vomitos No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Mucosos <input type="checkbox"/> Bilirosos <input type="checkbox"/>	Alimenticios	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
				Fecales	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

Pasa a recuperación a las hr. en condiciones satisfactorias Si No

Vº Bº Firma

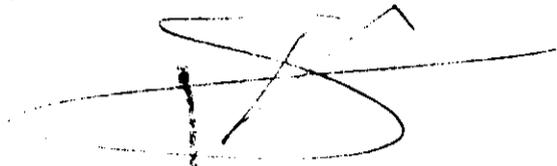
COPIA ORIGINAL

X

Bajo condiciones dadas se realiza el análisis de los

90° - aprox. Cargas de superficie y sus rotaciones.

Se desea con precisión a 90°.



))
))
))



HOSPITAL REGIONAL USHUAIA
"GOB. ERNESTO M. CAMPOS"

12 de Octubre y Maipú

TE 213961441

Nombre y Apellido Victor FOMER

O. Social Afiliado N°

Rp/

El paciente presenta fudens
de Tumor Ibx. operado con
secuela de rigidez de cuello
e hipertrofia funcional y leftrero
del Dto externo - Se encuentra
en lista de espera para todovier.
to pericerebro.

Fecha 4 11/10/18
Francisco Gonzalez
Hospital Regional Ushuaia

18
1
2

8

8



*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina*

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
Subsecretaría de Acción Social
Dirección de Promoción Comunitaria
Tercera Edad y Discapacidad

FECHA: 24/10/95

ENCUESTA SOCIOECONÓMICO AMBIENTAL

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: Hector José FUHR
Lugar y Fecha de nacimiento: Quilmes - Pcia de Bs. As. 28/06/1965
Nacionalidad: Argentina
Documento de Identidad: 17.291.677
Estado Civil: separado
Residencia en la Provincia: 13 años
Ocupación Actual: no posee
Nivel de instrucción: estudios primarios completos
Domicilio: Provincia Grande 2686

GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Emilio José Fuhr padre - LE. 7.439.011 - Jubilado - casado - 63 años

Hilda Amelia Filipp madre - Empleado en Bencer CM - 51 años

Cosentina Holzman abuela - LC. 4.008.612 - Jubilada - 82 años



*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina*

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
Subsecretaría de Acción Social
Dirección de Promoción Comunitaria
Tercera Edad y Discapacidad

GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Jesús Dario Fuhr hijo - vive con la madre - domiciliado en el barrio Bella
Vista

El señor Fuhr manifiesta tener 2 hermanos y 1 hermana, quienes están casados,
con hijos y se encuentran trabajando.

ASPECTO SANITARIO

Centro Asistencial: H.R.U.

Obra Social: cobertura de Acción Social

Historia Clínica: 17.291.677

Diagnóstico Médico: DISCAPACIDAD TRANSITORIA A CAUSA DE
LESIONES CON ARMA DE FUEGO EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO

Grado de Discapacidad: no fue determinado por junta médica.

ASPECTO SOCIO ECONÓMICO

Ingresos: El señor Fuhr manifiesta que el ingreso familiar aproximado es de \$
1000 y que no genera ingresos desde su accidente. Declara que su familia
asume todos los gastos de su manutención.

Egresos: el señor Fuhr declara que sus egresos son sostenidos desde su familia.
Expresa no poder pasarle dinero a su hijo.

ASPECTO HABITACIONAL

Hector José Fuhr expresa no poseer vivienda propia y estar residiendo en la
casa de sus padres. El inmueble es una construcción mixta de material, madera



*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina*

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
Subsecretaría de Acción Social
Dirección de Promoción Comunitaria
Tercera Edad y Discapacidad

y chapa. Consta de 4 ambientes, 1 living-comedor, 2 dormitorios y un pequeño galpón. Cocina y baño instalado internamente.

Se encuentra en buen estado de conservación tanto externa como internamente. En el momento de la entrevista la casa se encontraba en orden e higiene. Cuenta con buena iluminación y ventilación. El mobiliario es acorde al grupo familiar.

Situación de tenencia: vivienda de los padres del señor Fuhr.

RESEÑA SOCIAL

Hector Fuhr expresa llegar a la provincia en 1984 desempeñándose laboralmente en la Empresa Continental, Noblex, Asociación de Taxis y en la Farmacia Kuanip. Declara que en 1991 comienza a trabajar como chofer de taxi hasta abril de 1995 cuando es herido en su pierna izquierda en los sucesos de Semana Santa. A raíz de esto es operado en dos oportunidades donde se le reconstruye parte de la pierna y se le inserta una plaqueta de platino con clavos. Actualmente se encuentra en reposo a la espera de la evolución de la intervenciones quirúrgicas. Declara que será necesario un largo período de rehabilitación.

CONCLUSIÓN

Queda a consideración de la autoridad peticionante el otorgamiento del beneficio.

Boum
MARIO DANIEL BLANCO
Jefe Depto. de Tercera Edad y
Discapacidad Zona Sur
Subsecretaría Acción Social



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Frente Justicialista Para la Victoria

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

SANCIONA CON FUERZA DE LEY:

ARTICULO 1º.- Otorgase una pensión graciable hasta tanto mejore de fortuna, al señor HECTOR JOSE FHUR, DNI Nº 17. 291.677., con domicilio en calle Provincia Grande Nº 2.686, de la ciudad de Ushuaia

ARTICULO 2º.- El importe de la pensión a que se refiere el Art. 1º de la presente, será equivalente al monto total de una pensión Categ. 10 de la Administración Pública Provincial, que perciban los pensionados amparados por la Ley territorial Nº 244 y se modificará toda vez que lo sea para la referida Administración.

ARTICULO 3º.- El beneficio de la presente ley, gozara de las mismas coberturas sociales, y en las mismas condiciones que les son brindadas a los agentes de la Administración Pública Provincial.

ARTICULO 4º.- La pensión concedida por el Art. 1º.-, regira a partir de la promulgación de la presente Ley.

ARTICULO 5º.- El gasto que demande el cumplimiento de la presente, sera imputada a las partidas presupuestarias correspondientes

ARTICULO 6º.- Para el supuesto de que el destinatario de la presente Ley, tenga otorgado en su favor otro beneficio similar o análogo, debera acreditar haber renunciado a éste para poder usufructuar del presente.

ARTICULO 7º.- Comuniquese al Poder Ejecutivo Provincial.

As. Nº 342/PS

C. 5-2

19-10-PS

FRESUMI

100

100

100



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Frente Justicialista Para la Victoria

USHUAIA, 6 DE OCTUBRE DE 1995

Señor
Subsecretario de Accion Social
Don JUAN CARLOS SOLDO
S...../.....D

Me dirijo a Ud. a efectos de solicitar que por su digno intermedio se recaben antecedentes socio-ambientales del Sr. HECTOR JOSE FUHR, D.N.I.N° 17.291.677, con domicilio en calle Provincia Grande N° 2686, de la ciudad de Ushuaia.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludarlo con atenta consideración.-

OSCAR BIANCIOTTO
PRESIDENTE
BLOQUE FRE.JC.VI.





Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Frente Justicialista Para la Victoria

ASUNTO 337 c/ dictamen (obs. 4 días)
342. sin dictamen

USHUAIA, 6 DE OCTUBRE DE 1995

Señor
Subsecretario de Accion Social
Don JUAN CARLOS SOLDO
S...../.....D

Me dirijo a Ud. a efectos de solicitar que por su digno intermedio se recaben antecedentes socio-ambientales del Sr. HECTOR JOSE FUHR, D.N.I N° 17.291.677, con domicilio en calle Provincia Grande N° 2686, de la ciudad de Ushuaia.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para saludarlo con atenta consideración.-


OSCAR BIANCIOTTO
PRESIDENTE
BLOQUE FRE. J.VI.

base a promoción comunitaria en fin de
tomar intervención.

JUAN CARLOS SOLDO
Subsecretario de Accion Social

G. T. F.	
Subcomité de Acción Comunal	
ENTRO 2:40	3 OCT 1995
SW	

G. T. F.	
Subcomité de Acción Comunal	
ENTRO	26 OCT 1995
	30 OCT 1995

3^o Edad y Discapacidad
 cumplimientos a solicitud
 do

Comité de Promoción Comunal, Tercera Edad y Discapacidad
 UENSAIA, 1 OCT 1995

Miguel
 GERENCIA REGIONAL
 Dirección de Promoción
 Comunal, Tercera Edad
 y Discapacidad (Cora Sur)

S. RA LEGISLADORA TERESA MENDEZ

USHUAIA. 21.08.95

TENGO EL AGRADO DE DIRIGIRME A USTED, CON EL FIN DE SOLICITARLE QUE POR SU INTERMEDIO SE GESTIONE UNA PENSION GRACIABLE DADO QUE SOY UNO DE LOS HERIDOS, DE LOS HECHOS ACONTECIDOS EN SEMANA SANTA QUE SON DE PUBLICO CONOCIMIENTO.

LA RAZON POR LA QUE ELEVO ESTA NOTA, ES POR EL ECHO DE SABER QUE ES LA UNICA LEGISLADORA QUE SE PREOCUPA POR ESTOS ECHOS QUE SON TAN GRAVES.

DESDE YA Y A SU DISPOSICION ME DESPIDO A LA ESPERA DE UNA RESPUESTA FAVORABLE, LA SALUDO ATTE

Fuhr Héctor José

~~_____~~
DNI . 17.291.677

DOM. PROV. GRANDE 2696

